

画像診断共同利用のお知らせ

～MRI・RI・CT検査のご案内～

放射線科では地域医療連携の一環として、画像診断のご依頼をお受け致しております。患者さんの受診が一回で済み、**放射線専門医によるレポート**も翌日にお送り致します。



お引受けできる
検査は

MRI検査、RI検査、CT検査、骨密度測定 です。



- ☆予約検査時間は希望日、時間を優先します
- ☆検査日翌日12時までに読影レポートを作成します
- 現在のインターネット環境でWebにてレポートが参照可能です（利用時は準備が必要になります）



東芝CT



日立MRI
(オープン型)



シーメンスRI - SPECT

検査のご依頼手順

画像診断共同利用の手順(別紙)

申込用紙(裏面)

主な検査費用
の目安

CT(頭部) 約5,000円 MRI(頭部) 約5,000円 RI(脳血流) 約21,000円
※検査費用はいずれも3割負担の場合の目安です

問い合わせ、お申込み等は、
地域連携室までお電話ください!

TEL 048-769-1970
FAX 048-769-1971

MRI・CT・RI・骨密度 申込用紙兼紹介状（診療情報提供書）

申込日 年 月 日

紹介先医療機関名

医療機関名

独立行政法人 国立病院機構 東埼玉病院
TEL 048-769-1970 FAX 048-769-1971

所在地
TEL
FAX

科 医師名 印

フリガナ		性別	TEL	()
患者氏名 生年月日	T・S・H 年 月 日 歳	男・女	住所	〒
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中		東埼玉病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 東埼玉病院 ID ()	

患者情報

【自立歩行】可・車いす・ストレッチャー 【手術歴】無・有(年 月 術式)

【感染症】無・有(HCV・HBV・HIV・MRSA) 【妊娠】無・有

【傷病名・主症状・検査目的・指示等をご記入下さい】

(病名)	(目的&指示)	(現在の内服薬)
検査予約日	令和 年 月 日 ()	予約時間
	午前・午後	時 分

【必要な検査の項目と検査部位（1ヶ所）をご指定下さい】

<input type="checkbox"/> MRI (造影剤なし)	<p style="color: red;">(*問診票もご記入ください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頭部 ・頭部+MRA ・骨盤部 ・腰椎 ・頸椎 ・その他 ()
<input type="checkbox"/> CT (造影剤なし)	<ul style="list-style-type: none"> ・頭部 ・腹部 ・頸部 ・腹部骨盤 ・胸部 ・胸腹部 ・その他 ()
<input type="checkbox"/> RI (核医学)	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血流 ・心交感神経 ・Dat-scan (ダットスキャン) ・その他 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度	<ul style="list-style-type: none"> ・腰椎 ・腰椎+股関節 (左右どちらか) 身長 cm 体重 kg

※ お電話での受付が終了しましたら、こちらの用紙をFAXして頂き
当日は患者様ご本人に持参させて下さい。